



Travis County

Notice of Privacy Practices

Compliance and Privacy Officer

Phone: (512) 854-1114

Email: privacy@traviscountytx.gov

Sus Informaciones. Sus Derechos. Nuestras Responsabilidades.

A partir del 3 de enero de 2022

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. El Condado de Travis mantiene registros de salud electrónicos y no usará ni divulgará su información de salud, excepto como se describe en este aviso. **Por favor, revíselo cuidadosamente.**

Nuestros Usos y Divulgaciones

Podemos usar y compartir su información a medida que:

- Tratarle / Recordarle las citas para la atención
- Dirigir nuestra organización
- Factura por tus servicios
- Ayuda con problemas de salud pública y seguridad
- Investiga
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Trabajar con un médico forense o director funerario
- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno
- Responder a demandas y acciones legales

Sus Derechos

You have the right to:

- Obtenga una copia de su registro médico en papel o electrónico
- Corrija su registro médico en papel o electrónico
- Solicitar comunicación confidencial / Pídanos que limitemos la información que compartimos
- Obtén una lista de aquellos con quienes hemos compartido tu información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad / Elija a alguien que actúe por usted
- Presente una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Detalles de nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

Tratarlo

Podemos usar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando. Ejemplo: Un médico que lo trata por una lesión le pregunta a otro médico sobre su estado de salud general.

Podemos

usar y compartir su información de salud para operar programas que le brindan servicios de atención médica, mejoran su atención y se comunican con usted cuando sea necesario. Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Factura por tus servicios

Podemos usar y compartir su información de salud para facturar y recibir pagos de planes de salud u otras entidades. Ejemplo: Damos información sobre usted a su plan de seguro de salud para que pague por sus servicios.

Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información que no sea la descrita aquí a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Sus Opciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información a medida que:

- Dígame a su familia y amigos acerca de su condición
- Proporcionar ayuda en casos de desastre
- Proporcionar atención de salud mental

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación.

- Debemos cumplir con muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines.

Ayuda con problemas de salud pública y seguridad

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones, tales como:

- Prevención de enfermedades / Ayudar con los retiros de productos
- Notificación de reacciones adversas a los medicamentos
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Del Investigación

Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario- Podemos compartir información de salud con un forense, médico forense o director funerario cuando una persona fallece.

Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno- Podemos usar o compartir información médica sobre usted:

- Para reclamos de compensación de trabajadores / Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario de aplicación de la ley.
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley / Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales - Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Detalles De Sus Derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia electrónica o en papel de su expediente médico

- Puede solicitar ver u obtener una copia electrónica o en papel de su registro médico y otra información de salud que tengamos sobre usted cuando envíe una solicitud por escrito.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su información de salud, dentro de los 15 días posteriores a su solicitud si la mantenemos en un formato electrónico. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que corrijamos su expediente médico

- Puede pedirnos que corrijamos la información médica sobre usted que considere incorrecta o incompleta. Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que enviemos correo a una dirección diferente y le diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos - Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención. Si paga por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, puede pedirnos que no compartamos esa información con el propósito de pagar o nuestras operaciones con su aseguradora de salud. Diremos "sí" a menos que una ley nos exija compartir esa información.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquier otra divulgación que nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel con prontitud.

Elige a alguien que actúe por ti- Si le ha dado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si cree que se violan sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con el Oficial de Privacidad en la dirección de correo electrónico y el número de teléfono proporcionados en la parte superior de la página 1.
- También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamando a la línea directa del HHS: 1-877-696-6775. No se le tomarán represalias por presentar una queja.

Detalles de Sus Elecciones

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una clara preferencia por cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Cuéntenos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

- En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:
 - Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención / Comparta información en una situación de alivio de desastre / Incluya su información en un directorio de hospitales.
- Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.
- En los casos en que se permita compartir notas de psicoterapia, no las compartiremos a menos que nos dé permiso por escrito. Cambios a los Términos de este Aviso. Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso está disponible bajo petición, en Travis Central o en la oficina.

Al firmar este formulario, usted reconoce que ha leído y recibido el "Aviso de Prácticas de Privacidad" del Condado de Travis. Este Aviso describe en detalle cómo podríamos usar o divulgar su información médica protegida. El Aviso también discute sus derechos y nuestros deberes con respecto a su información de salud protegida.

Firma del Individuo

Fecha